

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA**Fideuram Vita Futura****PRODOTTO DI INVESTIMENTO ASSICURATIVO DI TIPO UNIT LINKED A VITA INTERA****Il contratto non è in coassicurazione.****PERCORSO**

PERCORSO:

INTESTAZIONE DEL CONTRATTO E GENERALITÀ DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto Contraente, le cui generalità sono riportate di seguito, propone a Fideuram Vita S.p.A. la presente assicurazione sulla vita alle condizioni riportate nelle Condizioni di assicurazione Mod. _____, Parte Generale e Parte Specifica relativa al Percorso _____ - _____ comprensive degli Allegati, nel Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP) del Percorso prescelto e nei Documenti contenenti le informazioni chiave delle opzioni di investimento prescelte.

NUMERO DI PROPOSTA:

CODICE FISCALE:

COGNOME:

NOME:

INDIRIZZO DI RESIDENZA:

LOCALITÀ DI RESIDENZA:

DENOMINAZIONE:

INDIRIZZO SEDE LEGALE:

LOCALITÀ SEDE LEGALE:

INDIRIZZO E MAIL:

N° TELEFONO CELLULARE:

INDIRIZZO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVA AL CONTRATTO

Nel caso in cui la Compagnia dovesse inviare comunicazioni di tipo cartaceo al Contraente, dovrà essere utilizzato il seguente recapito

INDIRIZZO:

LOCALITÀ:

NAZIONE (se estera):

NOMINATIVO DI CORRISPONDENZA:

RAPPRESENTANTE LEGALE DEL CONTRAENTE

COGNOME:

NOME:

CODICE FISCALE:

DATA DI NASCITA:
COMUNE DI NASCITA:
IN QUALITÀ DI:

SESSO:

GENERALITÀ DELL'ASSICURATO

COGNOME:
NOME:
DATA DI NASCITA: SESSO:
CODICE FISCALE:
COMUNE DI NASCITA:
NAZIONE DI NASCITA (se estera):
INDIRIZZO DI RESIDENZA:
LOCALITÀ DI RESIDENZA:
NAZIONE (se estera):
TIPO RELAZIONE CON IL CONTRAENTE (A): <1;2;3;4>
(A) 1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.

CONDIZIONI AGEVOLATE

CONDIZIONI AGEVOLATE: - Codice 03

PRESTAZIONE BASE

Fideuram Vita S.p.A. pagherà ai Beneficiari designati un capitale determinato con le modalità riportate all'Art. 14 (La prestazione base in caso di decesso dell'Assicurato) delle Condizioni di assicurazione – Parte Generale.

PRESTAZIONE AGGIUNTIVA IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Fideuram Vita S.p.A. in aggiunta alla Prestazione base in caso di decesso dell'Assicurato, pagherà ai Beneficiari designati il capitale assicurato di seguito indicato di cui all'Art. _____.3 (La Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato) delle Condizioni di assicurazione – Parte Specifica.

CAPITALE ASSICURATO: Euro

PREVENTIVO: N°

La decorrenza della Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato è posta alle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla data di decorrenza del contratto. Tale data di decorrenza è indicata nella Nota di copertura.

La Prestazione Aggiuntiva decade alla ricorrenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato. Dopo tale data nulla è più dovuto dalla Compagnia in relazione alla Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato mentre rimangono in vigore gli obblighi relativi alla Prestazione base.

La Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso viene erogata sulla base delle informazioni rese dall'Assicurato sul Questionario Sanitario, Professionale e Sportivo. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti rese dall'Assicurato per l'attivazione della Prestazione Aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, Professionale e Sportivo l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

PREMIO

PREMIO UNICO per un totale di €

MODALITÀ DI PAGAMENTO

A. ADDEBITO SU C/C PRESSO FIDEURAM S.p.A.

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sul conto corrente riportato di seguito, autorizza l'addebito in favore di Fideuram Vita S.p.A. sul conto corrente di seguito indicato e dispone che il relativo importo sia utilizzato al fine della presente sottoscrizione.

A1. IBAN conto corrente di addebito:

IMPORTO: Euro

A2. IBAN conto corrente di addebito:

IMPORTO: Euro

B. BONIFICO DA ALTRE BANCHE

Il Contraente, in quanto Correntista o Delegato avente titolo ad operare sul conto corrente riportato di seguito, autorizza l'addebito in favore di Fideuram Vita S.p.A. sul conto corrente di seguito indicato e dispone che il relativo importo sia utilizzato al fine della presente sottoscrizione.

B1. IBAN conto corrente di addebito:
IMPORTO: Euro

B2. IBAN conto corrente di addebito:
IMPORTO: Euro

G. GIROFONDO DA LIQUIDAZIONE DI GESTIONI PATRIMONIALI/O.I.C.R. GESTITI DA SOCIETÀ CONTROLLATE DA FIDEURAM - INTESA SANPAOLO PRIVATE BANKING S.p.A.

Il Contraente, in quanto Mandante avente titolo ad operare sui contratti di seguito richiamati, richiede la liquidazione dei contratti di seguito indicati, con le modalità sotto descritte e dispone che il relativo controvalore sia utilizzato ai fini della presente sottoscrizione.

G1 Codice contratto da liquidare:
Codice compartimento:
Tipo Liquidazione: Importo da liquidare: Euro

G2 Codice contratto da liquidare:
Codice compartimento:
Tipo Liquidazione: Importo da liquidare: Euro

L'importo del premio potrà risultare superiore o inferiore, nella misura massima del 10%, rispetto all'importo indicato. In caso di liquidazioni totali, tale dato è necessariamente approssimativo e calcolato sulla base dell'ultimo valore conosciuto della quota/azione. L'importo effettivamente liquidato potrà risultare inferiore all'importo richiesto, anche per effetto delle imposte da assolvere.

S. GIROFONDO DA LIQUIDAZIONE DI POLIZZA IN SCADENZA DI FIDEURAM VITA S.p.A.

Il Contraente, richiede la liquidazione della polizza di seguito indicata, di cui dichiara di essere Contraente, con le modalità sotto descritte e dispone che il relativo valore sia utilizzato ai fini della presente sottoscrizione.

S1 Polizza da liquidare: Tipo Liquidazione: T (totale)
Importo da liquidare: Euro

L'importo del premio potrà risultare superiore o inferiore, nella misura massima del 20%, rispetto all'importo indicato. Tale dato è necessariamente approssimativo e calcolato sulla base dell'ultimo valore conosciuto della polizza. L'importo effettivamente liquidato potrà risultare inferiore all'importo richiesto, anche per effetto delle imposte da assolvere.

OPZIONE DI INVESTIMENTO

OPZIONE DI INVESTIMENTO: _____

FONDI SOTTOSTANTI L'OPZIONE DI INVESTIMENTO

L'opzione di investimento sopra indicata comporta l'investimento nei Fondi di seguito indicati.

FONDI INTERNI

Cod. Impresa	Denominazione	% del premio
1. _____	_____	_____%
		Importo da investire: _____
2. _____	_____	_____%
		Importo da investire: _____
3. _____	_____	_____%
		Importo da investire: _____

Totale importo Fondi Interni: _____

FONDI ESTERNI

Cod. Impresa	Cod. ISIN	Denominazione	% del premio
1. _____	_____	_____	_____ %
2. _____	_____	_____	_____ %
3. _____	_____	_____	_____ %

Importo da investire: _____
Importo da investire: _____
Importo da investire: _____
Totale importo Fondi Esterni: _____

OPZIONI CONTRATTUALI**DF. PIANO DI DECUMULO FINANZIARIO:** <SI/NO>

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione di Decumulo Finanziario nei termini e con le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione e sulla base di quanto di seguito riportato.

Durata del Piano: 10 anni

Importo della rata: _____ % del premio versato alla sottoscrizione

Frequenza della rata:

Le rate di Decumulo dovranno essere accreditate su:

CC. conto corrente di accredito: _____ presso _____

FP. Fondo Pensione Fideuram - Fondo Pensione Aperto n. _____ di cui il sottoscritto è Aderente/Soggetto terzo pagatore, autorizzando sin d'ora Fideuram Vita S.p.A. ad effettuare un girofondo in pari valuta.

IP. INGRESSO PROGRESSIVO SUI MERCATI: <SI/NO>

Il Contraente chiede l'attivazione dell'opzione nei termini e con le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI CASO MORTE

Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei dati relativi ai Beneficiari designati, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari stessi.

Le eventuali modifiche e/o revoche dei Beneficiari devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento; pena l'inefficacia della designazione, la dichiarazione del Contraente deve inequivocabilmente fare specifica menzione del contratto per poter effettuare la revoca o la modifica del beneficio disposto a favore del "terzo".

Le eventuali modifiche e/o revoche dei Beneficiari avranno effetto a decorrere dalla data di ricezione della comunicazione stessa da parte della Compagnia, sempreché l'Assicurato sia ancora in vita alle ore 24:00 del giorno di ricezione della comunicazione.

Il Contraente designa quali beneficiari caso morte i soggetti di seguito indicati.

Beneficiari caso morte:

E <Gli eredi testamentari o in mancanza gli eredi legittimi, dell'Assicurato, in parti uguali>

F <Il coniuge dell'Assicurato, al verificarsi dell'evento; in difetto i figli dell'Assicurato, nati e nati in parti uguali>

S <designazione nominativa come di seguito indicato>

Numero beneficiari: <ben_num>

Beneficiario caso morte n. 1

Percentuale del Capitale: _____ %

CODICE FISCALE:

DENOMINAZIONE:

COGNOME:

NOME:

SESSO:

DATA DI NASCITA: _____ COMUNE DI NASCITA: _____

NAZIONE DI NASCITA (se estera): _____

TIPO RELAZIONE CON CONTRAENTE (B) _____ TIPO RELAZIONE CON ASSICURATO (C) _____

INDIRIZZO:
LOCALITA':
NAZIONE (se estera):
INDIRIZZO E-MAIL:

Beneficiario caso morte n. 2

Percentuale del Capitale: _____ %
CODICE FISCALE:
DENOMINAZIONE:
COGNOME:
NOME:
SESSO:
DATA DI NASCITA: _____ COMUNE DI NASCITA: _____
NAZIONE DI NASCITA (se estera):
TIPO RELAZIONE CON CONTRAENTE (B) _____ TIPO RELAZIONE CON ASSICURATO (C) _____
INDIRIZZO:
LOCALITA':
NAZIONE (se estera):
INDIRIZZO E-MAIL:

Beneficiario caso morte n. 3

Percentuale del Capitale: _____ %
CODICE FISCALE:
DENOMINAZIONE:
COGNOME:
NOME:
SESSO:
DATA DI NASCITA: _____ COMUNE DI NASCITA: _____
NAZIONE DI NASCITA (se estera):
TIPO RELAZIONE CON CONTRAENTE (B) _____ TIPO RELAZIONE CON ASSICURATO (C) _____
INDIRIZZO:
LOCALITA':
NAZIONE (se estera):
INDIRIZZO E-MAIL:

(B/C) 1 = familiare/parentale, 2 = professionale, 3 = sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4 = altro.

REFERENTE TERZO

Referente Terzo cui la Compagnia può fare riferimento per la liquidazione della prestazione assicurata

COGNOME:
NOME:
CODICE FISCALE:
INDIRIZZO: _____ LOCALITA': _____
NAZIONE (se estera):
INDIRIZZO E-MAIL:

DICHIARAZIONI E FIRME DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto Contraente:

- A) essendo stato avvertito della possibilità di ricevere la documentazione informativa precontrattuale e contrattuale su supporto durevole non cartaceo o su supporto cartaceo, sceglie la modalità:
D. <NON CARTACEA, mediante ricezione tramite indirizzo e-mail e/o accesso al sito della Compagnia e/o accesso al Fideuram OnLine (in caso di correntista di Fideuram S.p.A. con servizio Fideuram On Line attivo)>;
C. <CARTACEA>;
- B) dichiara di aver ricevuto per il tramite dell'intermediario, letto attentamente, compreso e quindi accettato in ogni loro parte, in riferimento al prodotto Fideuram Vita Futura - Percorso _____, la vigente versione del Documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo alle opzioni di investimento selezionate, del DIP aggiuntivo IBIP, delle Condizioni di assicurazione Mod. _____ Parte Generale e Parte Specifica, comprensive dei relativi Allegati;
- C) dichiara di aver letto e compreso l'Informativa sulla sostenibilità dei servizi finanziari (SFDR) relativa a una o più delle opzioni di investimento classificate art. 8 e/o art. 9 ai sensi del Reg. (UE) 2019/2088, se presenti tra le opzioni di investimento prescelte; di essere a conoscenza che tale Informativa e ogni eventuale successivo aggiornamento è disponibile:
- per i Fondi Interni: sul sito internet della Compagnia accedendo dalla sezione dedicata al prodotto;

- per i Fondi Esterni (OICR): sui siti internet delle Case di Gestione. L'elenco dei Fondi Esterni e dei siti delle relative Case di Gestione è reperibile nel DIP aggiuntivo e sul sito internet della Compagnia accedendo dalla sezione dedicata al prodotto;

D) dichiara di avere il proprio domicilio in Italia e di non avere la residenza negli Stati Uniti;

E) dichiara di essere a conoscenza che la data di conclusione del contratto coincide con l'ultima tra le date di valuta, indicate di seguito, dei mezzi di pagamento utilizzati per la corresponsione del premio e che la Compagnia, dopo la conclusione del contratto, emetterà una Nota di copertura ai sensi dell'art. 1888 del codice civile;

Mezzo di pagamento	Data di Valuta
Addebito su c/c presso Fideuram S.p.A.	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A.
Girofondo	Giorno in cui la Società di Gestione del Fondo mette a disposizione di Fideuram Vita S.p.A. l'importo liquidato, ovvero giorno di valuta della liquidazione del contratto assicurativo
Bonifico da altri c/c	Giorno lavorativo successivo alla data di ricevimento della disposizione presso Fideuram Vita S.p.A. ovvero, se successiva, quella indicata nella disposizione di bonifico

F) dichiara di essere a conoscenza della possibilità di revocare la proposta di assicurazione e di recedere dal contratto ai sensi degli artt. 176 e 177 del D.Lgs. n. 209 del 7 settembre 2005 con le modalità e alle condizioni indicate nella documentazione contrattuale e che la Compagnia in caso di recesso tratterà le spese di emissione del contratto pari a € 50, nonché i costi di negoziazione sostenuti in riferimento all'investimento in ETF;

G) dichiara inoltre:

- di voler ricevere le comunicazioni in vigenza di contratto, in modalità:

ROL <RENDICONTAZIONE ON LINE sull'Area Riservata Clienti di Fideuram Vita S.p.A. disponibile sul sito internet della Società www.fideuramvita.it. Per i correntisti di Fideuram-Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A. con servizio Fideuram On Line attivo, tali comunicazioni saranno disponibili anche nell'apposita sezione del Fideuram On Line>;

POS <CARTACEA>;

- di essere a conoscenza di avere la facoltà di poter modificare la suddetta scelta in qualsiasi momento e senza costi aggiuntivi con specifica comunicazione alla Compagnia;

H) dichiara di essere a conoscenza che in qualunque momento può richiedere la documentazione contrattuale e le comunicazioni in vigenza di contratto in modalità cartacea senza costi aggiuntivi;

I) si impegna a consegnare agli eventuali Beneficiari nominativamente designati e all'eventuale Referente Terzo copia dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali che li riguardano ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, contenuta all'interno del set informativo, sollevando Fideuram Vita S.p.A. dalla responsabilità per ogni danno che dovesse derivare dal suo inadempimento.

Il sottoscritto Contraente, inoltre, chiede che, in caso di sua premorienza rispetto all'Assicurato, la contraenza del contratto passi in capo all'Assicurato stesso che contestualmente accetta.

Il sottoscritto Assicurato dichiara di:

a. essere in possesso dei requisiti necessari per accedere alle condizioni agevolate che riconoscono la riduzione delle commissioni di gestione dei Fondi esterni secondo quanto indicato nella "Convenzione Condizioni agevolate" di appartenenza relativa al prodotto Fideuram Vita Futura;

b. essere a conoscenza che la perdita, in corso di contratto, dei requisiti comporta l'applicazione di quanto disciplinato nella sezione "Perdita dei requisiti" della "Convenzione Condizioni agevolate" di appartenenza.

Il sottoscritto Assicurato, infine, dichiara di avere il domicilio in Italia.

Sottoscritto a _____, il _____

Firma del Contraente o
del Rappresentante Legale:

Firma dell'Assicurato o del Rappresentante Legale dell'Assicurato
(ai sensi dell'art 1919 c.c.):

Il sottoscritto Contraente dichiara, infine, di approvare specificatamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, l'Art. 3 (La designazione dei Beneficiari), l'Art. 15 (Il riscatto) e l'Art. 17 (I pagamenti della

Compagnia e la documentazione richiesta) delle Condizioni di assicurazione – Parte Generale, nonché l'Art. _____ 4 (Esclusioni e periodo di carenza per la prestazione aggiuntiva in caso di decesso dell'Assicurato) delle Condizioni di assicurazione – Parte Specifica regolanti la presente assicurazione sulla vita.

Firma del Contraente o del Rappresentante Legale (in caso di persona giuridica o incapace di agire):

SPAZIO RISERVATO AL CONSULENTE FINANZIARIO

L'identificazione personale del Contraente e dell'Assicurato è attestata dal Consulente Finanziario mediante la sua firma apposta in calce al presente modulo.

Codice consulente finanziario:
Cognome consulente finanziario:
Nome consulente finanziario:

Firma del consulente finanziario:

Codice T.F.A.:
Cognome T.F.A.:
Nome T.F.A.:

Firma del T.F.A.

Codice consulente finanziario split:
Cognome consulente finanziario split:
Nome consulente finanziario split:
Percentuale split:

Firma del consulente finanziario split:

Mod. XP0306 – Ed. 2023_07

COPIA PER FIDEURAM VITA SPA
COPIA PER IL CONTRAENTE
COPIA PER CONSULENTE FINANZIARIO